

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gaston ROUSSEL

Ancien Externe des Hôpitaux (*Médaille de bronze*)

Né à Paris, le 9 août 1885.

L'AMPUTATION

DU

RECTUM CANCÉREUX

PAR LA

VOIE TRANSVAGINALE

Président : M. PIERRE DELBET, *Professeur*

MONTROUGE

IMPRIMERIE TOURBIER, LOOS & C^e

1 bis, RUE RACINE, 1 bis

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. LANDOUZY.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHT.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	P. MARIE.
Opérations et appareils	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Maladies des enfants	G. BALLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	N...
Clinique d'accouchements	BAR.
	PINARD.
	RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD.	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD.	DUVAL (Pierre)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETERER
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (André)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (André)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBRÉDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA TANTE M^{lle} ESTELLE HARMANT VIOULET-LE-DUC

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE,

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR ISELIN

Ancien Interne des Hôpitaux (*Médaille d'or*)

Ancien chef de clinique chirurgicale à Necker

Qui a guidé nos premiers pas d'étudiant et qui nous a inspiré le
sujet de cette Thèse,

nous adressons tous nos remerciements
et l'expression de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La voie vaginale, pour l'extirpation du rectum cancéreux, à s'en rapporter aux auteurs classiques et à ceux d'ailleurs qui ne font pas une étude spéciale de cette question, serait une voie d'exception. Aussi, la plupart n'y consacrent-ils que quelques lignes.

Duplay et Reclus dans le *Traité de Chirurgie* n'en parlent pas.

Le Dentu et Delbet disent ceci :

« La voie vaginale employée par Desguin en 1890 n'est applicable qu'aux cancers de l'ampoule. L'incision de la cloison recto-vaginale donne une large voie d'accès qui permet d'agir sur le rectum comme on le juge convenable. Il reste ensuite à réparer par des sutures la cloison incisée. Cette voie ne me paraît guère indiquée que pour certains cancers de la paroi antérieure. »

— La voie vaginale ne comporte que des indications restreintes; sa combinaison avec la voie périnéale, en cas d'envahissement de la cloison recto-vaginale, est excellente. » (*Précis de Pathologie chirurgicale*, t. III, p. 764.)

La voie vaginale mérite-t-elle cependant une pareille indifférence ? Il est difficile de le croire lorsqu'on constate, dans les travaux spéciaux qu'elle a suscités, la satisfaction qu'elle a donnée à ceux qui l'ont employée. C'est ainsi que Liermann, élève de Rehn, donnant en 1898-99 la statistique et les résultats de son maître, n'hésite pas à la considérer comme la méthode normale pour les extirpations du rectum chez la femme.

Chaque auteur, en dehors de ces appréciations générales, lui reconnaît certains avantages particuliers que nous ferons ressortir au cours de ce travail, si bien qu'il paraît juste d'accorder à la voie vaginale, dans la thérapeutique du cancer du rectum, une place au moins égale aux voies sacrée, périnéale ou coccygienne.

Les travaux sur ce sujet sont d'ailleurs assez nombreux quoique la date de naissance de cette opération soit relativement récente.

C'est Nélaton (1) qui le premier eut l'idée de se servir de la voie vaginale pour extirper le rectum cancéreux. Nélaton ne put pratiquer cette opération sur le vivant car la malade qui devait être ainsi opérée mourut subitement quelques jours avant l'intervention.

Voici son procédé tel qu'il fut pratiqué sur le cadavre.

Procédé de Nélaton

Une incision longitudinale divise la cloison sur la ligne médiane, de bas en haut, d'arrière en avant dans la moitié à peu près de la dégénérescence et se termine au raphé du périnée. De ce point, partent deux autres incisions semi-lunaires qui, descendant sur les côtés du périnée, vont se réunir vers le sommet du coccyx. Les lambeaux formés par la division de la paroi postérieure du vagin sont relevés de chaque côté par un aide. La face antérieure du rectum malade et ses parois latérales sont ainsi complètement mises à découvert, ce qui permet une dissection facile sur place, en arrière et sur les côtés, ainsi que les ligatures des nombreux vaisseaux. De plus, comme il faut, de toute nécessité, éviter le péritoine, le doigt glissant sur la face antérieure du rectum va le décoller à son point de réflexion. C'est seulement après cette manœuvre que Nélaton pratique l'excision de l'intestin, dans l'étendue de 7 centimètres au-dessus de l'anus.

(1) Nélaton : Nouveau procédé pour l'ablation de l'extrémité inférieure du rectum chez la femme, *Gazette des Hôpitaux*, 1851.

C'est Desguin d'Anvers (juillet 1890) qui la pratiqua pour la première fois sur le vivant :

Il s'agissait d'un néoplasme ayant envahi la cloison recto-vaginale : il réséqua cette cloison, abaissa l'S iliaque, et sutura son extrémité inférieure à l'anus. La malade n'eut qu'une courte survie, mais elle ne présenta aucune incontinence.

En 1891 Mac Arthur extirpe ainsi une récurrence de cancer rectal.

En 1894 Campenon passe par le vagin pour un rétrécissement non néoplasique. Il traverse le cul-de-sac vaginal postérieur, ouvre le Douglas, résèque la sténose et rétablit la continuité intestinale par une suture circulaire.

En 1895 Rehn de Francfort opère aussi une malade par la même voie. Il conseille d'ajouter à l'incision vaginale une incision à la Schuchardt aboutissant à la fosse ischio-rectale par où l'on doit drainer.

Le premier travail d'ensemble sur la question est la thèse de Thouvenin (Nancy, 1896) où se trouve exposée la *diacolpoproctomie* par le procédé de Vautrin. Cette opération comprend les 3 temps suivants.

1^{er} temps : Incision du périnée et de la cloison recto-vaginale; on incise de bas en haut, couche par couche.

2^e temps : Résection de la tumeur. On saisit la tumeur avec des pinces à griffes et on l'attire le plus bas possible. On sectionne alors le rectum transversalement, en tissu sain, au-dessus de la tumeur; avec le doigt, on décolle le rectum de haut en bas, l'isolant en arrière et sur les parties latérales du tissu cellulaire pelvien. On fait l'hémostase. Nouvelle section transversale au-dessous de la tumeur.

3^e temps : Restauration : on affronte les 2 résections transversales et on suture la section verticale du bout inférieur du rectum.

Colpopérinéorrhaphie; sutures de la cloison recto-vaginale et du périnée.

A la même époque, J. Price, Briston et Byford publiaient

des observations du cancer du rectum opéré par la voie vaginale.

En 1897, J. Sternberg rapporte 14 observations par voie vaginale avec un seul décès par péritonite. Il s'agissait de 12 tumeurs malignes et de 2 sténoses non cancéreuses; chez plusieurs malades, il put réséquer facilement de 15 à 20 centimètres d'intestin.

Rapp (Thèse de Nancy, 1898), dans sa thèse rapporte 29 observations de malades ainsi opérées.

J.-B. Murphy (1901) décrit un procédé dans lequel il préconise l'ouverture systématique et précoce du cul-de-sac de Douglas. Chalié (Thèse de Lyon, 1909) décrit aussi un procédé personnel, perfectionnement des procédés de Murphy et de Rehn.

Nous allons exposer ces trois procédés.

Procédé de Murphy

Il commence par dilater largement le vagin avec une valve. Il attire alors le col en bas et incise transversalement le cul-de-sac postérieur. Le péritoine étant ouvert, on repousse et maintient avec des éponges ou des compresses les anses intestinales qui tendraient à descendre. On peut alors explorer la tumeur et les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux. On incise alors complètement la cloison recto-vaginale : cette incision doit être médiane et s'étend du cul-de-sac postérieur jusqu'à l'anus, sphincter compris. Libération de la paroi postérieure du vagin, de la paroi antérieure du rectum en disséquant de dedans en dehors; on écarte les lambeaux vaginaux et il est alors facile de saisir l'anse oméga et de l'amener si besoin est. Le plus ordinairement on incise aux ciseaux la paroi antérieure du rectum dans sa partie médiane. L'incision, qui intéresse le sphincter, s'étend jusqu'à la limite inférieure du néoplasme. Une incision transversale est faite en tissu sain à 2 centimètres au-dessus du cancer et sépare alors le segment anal du segment supérieur.

Saisissant la partie inférieure de la tumeur avec une pince fermant la cavité, on libère, avec des ciseaux courbes, le rectum de ses attaches coccygiennes et du tissu retro-rectal; on remonte jusqu'au promontoire; on libère l'anse ômega de son méso jusqu'à ce que tout le rectum malade soit assez mobile pour le faire descendre aisément. Une incision transversale permet alors l'ablation de la tumeur. Ensuite, on attire en bas le bout inférieur de l'S iliaque et suture bout à bout au segment anal du rectum. On termine en suturant la plaie antérieure et médiane du segment anal du rectum.

Procédé de Rehn

Le rectum est abordé largement par une incision médiane de la paroi vaginale postérieure, incision prolongée en plein périnée à la façon de Schuchardt.

Il faut alors, le plus souvent, pratiquer d'emblée la section transversale du rectum, à l'union de sa portion pelvienne avec sa partie périnéale, de façon à pouvoir séparer le segment supérieur, atteint de cancer, de ses attaches osseuses. Le péritoine sera ouvert ou non, selon le cas.

Après ouverture, on peut soit le suturer, soit le drainer. La tumeur réséquée, Rehn pratique la réunion des deux bouts supérieur et inférieur, non plus par la suture circulaire qu'il a abandonnée, mais par invagination. Le bout supérieur est invaginé à travers le segment sphinctérien privé de sa muqueuse. Rehn pratiqua cette opération dans 5 cas de cancer et la fait précéder du tamponnement du rectum.

Procédé Chalié

(Thèse de Lyon, 1909.)

1^{er} temps. — INCISION DU CUL-DE-SAC POSTÉRIEUR.

On saisit le col qu'on relève en haut et on incise transversalement le cul-de-sac postérieur comme dans la colpo-

tomie. Le péritoine ouvert, on explore le volume de la tumeur, son étendue, ses adhérences, l'état des ganglions.

2° temps. — INCISION VAGINO-PÉRINÉALE.

Du milieu de l'incision transversale, on mène une incision longitudinale sur la paroi vaginale postérieure. Cette incision passe à gauche de la commissure et se prolonge sur le périnée, sur le côté gauche de l'anus.

3° temps. — LIBÉRATION DU RECTUM.

On découvre alors la face antérieure du rectum qu'on libère ainsi que ses faces latérales.

4° temps. — ABAISSEMENT DE L'S ILIAQUE.

On sectionne les lames latéro-rectales et on continue à décoller le rectum du méso-sigmoïde jusqu'au promontoire. A ce moment, on peut l'abaisser facilement. On fait l'hémostase et on suture le péritoine.

5° temps. — RÉSECTION DE L'INTESTIN.

On résèque l'intestin en vase clos entre deux pinces : le bout supérieur reste fermé par une ligature à la soie.

6° temps. — EXCISION.

On excise alors la muqueuse du bout anal et on invagine le bout supérieur dans le segment sphinctérien.

7° temps. — RÉPARATION.

Suture du segment intestinal. Suture au catgut, à points séparés, des deux tranches vaginales postérieures. Deux points de périnéorrhaphie. Mèches dans la concavité sacrée et dans le vagin.

Ce dernier procédé réalise déjà une grande supériorité sur les autres; mais, à notre avis, tous sont passibles du même reproche : c'est la section de l'intestin, temps éminemment septique, au cours de l'opération. C'est pourquoi

le docteur Iselin, ayant à pratiquer cette intervention, a appliqué à la transvaginale la modification apportée par Cunéo (*Journ. de Chir.*, 1908) au procédé de Kocher (voie coccygienne). Nous décrirons en détail, au manuel opératoire qu'il a bien voulu nous communiquer, les différents temps de cette technique qui rejette le temps septique à la fin de l'opération.

CHAPITRE II

RÉSULTATS ET AVANTAGES

Si nous analysons les observations de cancer du rectum extirpé par voie vaginale, publiées depuis 1890 jusqu'à l'époque actuelle, nous pouvons faire un certain nombre de constatations intéressantes. Ces observations donnent sur les opérées les détails suivants :

Norton, 1890 : Cancer à 4 cm. au-dessus de l'anus; guérison par première intention ; pas d'incontinence.

Desguin, 1890 : Cancer de la cloison recto-vaginale; mort par syncope 17 heures après.

Rehn, 1895 : Cancer à 5 cm. de l'anus; mort par péritonite.

Vautrin, 1895 : Cancer à 4 cm. de l'anus; réunion le 12^e jour; pas d'incontinence ni de fistule.

Depage, 1896 : Cancer à 4 cm. de l'anus; guérison rapide. Pas de récurrence 26 mois après.

Heydenreich, 1896 : Cancer à 7 cm. de l'anus; guérison rapide ; pas d'incontinence ; pas de récurrence.

— 1897 : Cancer à 8 cm. de l'anus; guérison lente; petite fistule; 6 mois après, toujours bon état.

Gross, 1897 : Cancer à 4 cm. de l'anus; réunion le 12^e jour. Guérie en 3 semaines; ni incontinence, ni fistule.

Gersuny, 1894 à 1897 : 1^o Cancer à 4 cm. de l'anus; réunion le 12^e jour, ni incontinence; ni fistule;

2^o Cancer élevé; guérison rapide; pas d'incontinence; mort 1 an après;

3^o Cancer élevé; petite fistule fermée en 10 jours; incontinence pour les gaz;

4° Cancer à 5 cm. de l'anus; guérison rapide;

5° Cancer moyen; pas d'incontinence; récurrence locale 4 mois après. — 2° opération, guérison rapide; pas de récurrence 2 ans après;

6° Cancer moyen; large fistule à guérison lente, guérison constatée 18 mois plus tard;

7° Cancer élevé; guérison en 3 semaines; pas d'incontinence; petite fistule fermée spontanément;

8° Cancer élevé à 15 cm. au-dessus de l'anus; guérison rapide; ni incontinence, ni fistule; 8 mois après, guérison maintenue;

9° Cancer élevé; guérison très rapide et sans complications; bon état 4 mois après;

10° Cancer élevé; 15 à 20 cm. Mort par péritonite.

Byford, 1897 : Cancer moyen; guérison rapide, survie de quelques mois.

Vallas (Lyon, Thèse Chalier), Obs. 47 : Cancer; amputation périnéo-vaginale. Mort 15 jours après;

Obs. 48 : Cancer de l'ampoule ayant envahi la cloison recto-vaginale; amputation périnéo-vaginale; mort 5 jours après de septicémie;

Obs. 49 : Cancer du haut rectum; abouchement de l'intestin à la peau. Sort guérie 1 mois après;

Obs. 50 : Cancer de la paroi antérieure de l'ampoule ayant envahi la cloison recto-vaginale ; amputation. Sort guérie 1 mois et demi après en mai 1902. — En septembre 1903, récurrence sur la cicatrice. Ablation.

Villard (Lyon, Thèse Chalier) : Cancer rectal ; excellent résultat fonctionnel; pas de récurrence.

Chalier, 1909 : Cancer du haut rectum; suites opératoires longues. Petite suppuration. Le sphincter fonctionne parfaitement. Légère sténose. Guérison parfaite.

Iselin, 1910 : Cancer en virole; suites opératoires normales; petite suppuration locale. Guérie en un mois; pas d'incontinence. Morte un an après de cancer secondaire.

Au point de vue des résultats opératoires immédiats, nous avons, dans ces observations, 2 morts par péritonite (Rehn, Gersuny) ; une mort par hémorragie (Desguin) ; deux morts de Vallas dont une par septicémie. Dans tous les autres cas, on lit « guérison par première intention » ; ou « suites opératoires simples » ; ou « guérison rapide » ; et, lorsque le temps est mentionné, on voit : « réunion complète le 12^e jour » ; « sort guérie 3 semaines après l'opération », etc.

On peut donc dire que cette opération est relativement peu traumatisante pour la malade et nous pouvons faire remarquer que sur les 5 cas mortels, 4 sont survenus dans les circonstances suivantes : 1 cas de cancer très élevé (Gersuny) et péritonite ; 3 cas de cancers avec envahissement de la cloison recto-vaginale. A quoi attribuer la gravité particulière de ces interventions ? Nous pensons qu'il faut en chercher la raison dans ce fait que, pour ces cas, on a eu recours à des opérations combinées (voie périnéo-vaginale, Vallas) ; ou à des opérations très mutilantes en raison de l'extension des lésions (Desguin). Nous pouvons trouver une confirmation de cette opinion dans les observations suivantes de Chaput, Quénu et Depage où la voie vaginale est imposée par le siège des lésions ou encore par l'existence de lésions génitales voisines.

Observation : CHAPUT (*Soc. de Chir.*, 1896).

Femme de 36 ans ayant subi une hystérectomie vaginale pour salpingite un an auparavant. On constate une tumeur derrière la paroi vaginale postérieure et on pense à une poussée inflammatoire dans les annexes laissées en place.

Incision du fond du vagin ; on attire avec une pince érigée une énorme tumeur constituée par un cancer de l'S iliaque. Après avoir réséqué la tumeur, on renonce à suturer les deux bouts parce qu'ils viennent difficilement à la vulve ; on les maintient au dehors avec des pinces hémostatiques. Douze jours plus tard, on fait un anus iliaque en un temps ; puis, par une incision sacrée en Y, on recherche les deux bouts

pour les suturer circulairement, mais ils sont friables et très retirés. On renonce à les suturer et on les abouche dans la plaie après les avoir liés avec une lanière de gaze iodoformée. Au bout de quelques jours, les matières passent par le vagin et l'anus; 10 jours plus tard, mort avec diarrhée cholériforme.

Observation : QUÉNU (*Soc. méd.*, 1896).

1^{er} temps : Anus contre nature.

2^e temps : Extirpation; on détache la vulve en arrière et on la rabat en avant, de façon à en assurer la conservation; puis, avec assez de difficultés, on enlève la face postérieure du vagin, envahie dans une assez grande étendue. On lie complètement l'anus avec un fil de soie et on peut ainsi extirper facilement le rectum avec tout le tissu cellulaire situé en avant du sacrum.

Observation : DEPAGE (*Journal méd. de Bruxelles*, 1898).

1^o Propagation du cancer rectal au vagin; extirpation; fistule urétérale consécutive. Néphrectomie.

2^o Cancer de l'S iliaque coïncidant avec un fibrome utérin.

Il y a incontestablement une différence considérable de gravité opératoire entre ces interventions où, en somme, le temps vaginal est accessoire et où la technique ne peut être réglée d'avance, et la voie vaginale proprement dite appliquée de propos délibéré pour des lésions dont le siège la justifie. C'est une question que nous reprendrons au chapitre des indications.

Quels sont *les résultats consécutifs*, et par là, nous visons uniquement la conservation sphinctérienne. En consultant les observations, nous voyons qu'il y en a 15 où les résultats fonctionnels sont notés et chez ces quinze opérées, il n'y eut pas d'incontinence. Quelques auteurs sont plus explicites, et mentionnent qu'il y a incontinence pour les gaz (Gersuny); que la malade éprouve un besoin subit d'aller à la selle auquel elle ne peut résister que pendant un temps très court.

(Heydenreich); la malade peut contracter son sphincter et les liquides injectés dans le rectum sont, en grande partie, retenus (Chalier).

Il y a donc, après la résection transvaginale du rectum cancéreux, une conservation particulièrement satisfaisante de l'appareil sphinctérien; et, à ce point de vue, elle peut encore supporter la comparaison avec toutes les autres voies qui visent le même but et, en premier lieu, la voie coccygienne de Kocher. Ceci d'ailleurs n'a rien qui doive nous étonner, car la ressemblance entre ces deux méthodes est encore poussée plus loin : l'intervention est menée d'une façon analogue quoique par deux voies différentes.

Comme *résultats éloignés*, nous trouvons les chiffres suivants indiquant le moment où les malades ont été revues guéries : 10 mois (Vautrin); 26 mois (Depage); 8 et 6 mois (Heydenreich); 2 ans, 18 mois, 8 mois, 4 mois (Gersuny); 2 cas de mort sont mentionnés un an après (Gersuny, Iselin) sans récurrence.

Ces chiffres confirment ce que l'on peut penser *à priori* et que Cunéo exprime de la façon suivante en parlant de la voie coccygienne : « On ne voit pas en quoi cette technique serait « inférieure, à ce point de vue, aux autres procédés, car elle « permet une exérèse aussi large. »

En somme, et pour résumer les enseignements de ce chapitre, la voie transvaginale, *quand elle est indiquée*, nous paraît réunir le maximum de qualités et de sécurité, car elle atteint parfaitement les trois buts que se propose le chirurgien dans la cure du cancer rectal :

1° Rigueur d'asepsie par une technique qui permet d'enlever le rectum sans souillures;

2° Guérison radicale par une large exérèse;

3° Conservation des fonctions sphinctériennes.

CHAPITRE III

MANUEL OPÉRATOIRE

I. — Préparation de la malade

Il est peu d'opérations qui exigent plus de soins préparatoires que celle qui nous occupe, et, de l'avis de la majorité des chirurgiens, ils sont aussi importants que l'opération elle-même. Ce traitement préparatoire consiste dans le nettoyage et la désinfection du rectum ; désinfection un peu illusoire bien entendu lorsqu'il s'agit d'un pareil organe, mais désinfection *relative* et qui a sa valeur. On connaît en effet la septicité particulièrement intense du segment intestinal sus-cancéreux et il est bon d'essayer de l'atténuer afin que les sécrétions qui en découlent contaminent le moins possible les sutures.

Comment pratiquer cette désinfection? On est un peu désorienté actuellement lorsqu'on parcourt les différentes publications sur ce sujet, car deux tendances opposées s'élèvent l'une en face de l'autre : nous voulons parler des défenseurs et des adversaires de l'anusculture.

Les matières étant le véhicule de la septicité rectale et venant contaminer les sutures ou les plaies, il était tout naturel de songer à les détourner de leur cours par un anus contre nature. Ce principe fut formulé pour la première fois par Maurice Pollosson à la *Société de Médecine de Lyon*, le 5 mai 1884. Il fut adopté, dans la suite, par la grande majorité des chirurgiens du monde entier ; mais actuellement et surtout sous l'influence de certains chirurgiens allemands

(Kraske, Czerny, Kocher) la dérivation préalable des matières est fortement discutée.

Les reproches que lui font ses adversaires sont de divers ordres : opération *inutile* tout d'abord, car les chirurgiens cités plus haut qui l'ont employée au début, ont des résultats tout aussi bons depuis qu'ils ne l'emploient plus. Elle expose ensuite la malade à subir 3 opérations successives dont la dernière, la fermeture de l'anus, n'est pas dépourvue de dangers. D'autre part, il est indéniable que son établissement est la source de multiples avantages pour la malade, parmi lesquels il faut noter surtout la plus grande facilité de nettoyage du segment sus-cancéreux et le relèvement de l'état général lorsqu'il a été compromis par l'intoxication lente partie de ce niveau.

Les avantages sont-ils supérieurs aux inconvénients? En réalité, il ne faut pas d'intransigeance et la réponse est surtout question d'indications. Ces indications elles-mêmes sont tirées de la forme clinique du cancer et aussi de la technique opératoire que l'on désire employer. Nous dirons même tout de suite, qu'à nos yeux, une des grandes supériorités de la voie transvaginale est la possibilité de se passer d'anus contre nature en raison du rejet de la plaie opératoire sur la partie latérale de l'anus. Elle n'est plus, comme dans les autres méthodes, exposée aux souillures des matières qui peuvent s'écouler d'un anus incontinent.

Cependant on n'hésitera pas à l'employer, même dans le cas d'une transvaginale, dans les deux circonstances suivantes qui sont d'ailleurs les indications générales de son établissement :

1° Toutes les fois que la malade sera en état d'obstruction chronique ou d'occlusion ;

2° Chez les sujets âgés, chez les sujets très amaigris, chez les cachectiques ; en un mot, chez tous ceux dont l'état général laissera à désirer (Chalier).

Chaque fois qu'il sera possible, on substituera à l'anus iliaque en canon de fusil, qui le plus souvent est établi en

vue d'une fonction définitive, une simple *soupage* de sécurité sur le cœcum, d'exécution rapide, et de fermeture relativement facile. C'est cette « cœcostomie » qui sera le plus souvent indiquée dans la voie transvaginale. Une opération encore plus simple pourrait-elle suffire? Nous voulons parler de l'appendicostomie, à en croire l'observation suivante que nous devons à l'obligeance du docteur Iselin.

OBSERVATION :

Le 14 décembre 1910, je suis appelé par M. le Dr Deyber auprès d'une malade en état d'occlusion intestinale depuis 7 jours. Je trouvai une femme de 54 ans, de bon état général. Sans température, elle ne vomissait que quand elle essayait de s'alimenter et le reste du temps n'avait que des nausées.

Le ventre était très ballonné, les anses étaient à plein dans l'abdomen, la sonorité était générale dans les flancs aussi bien qu'au milieu, la matité hépatique avait disparu. La palpation ne donnait aucune sensation anormale, tout était souple et tendu. Au-dessous de l'ombilic, était une poche flasque et ridée, loge déshabitée d'une hernie sortie par une éventration et qui était rentrée spontanément après le début de l'occlusion. Le doigt pénétrait dans l'éventration dont l'orifice était libre; sur le côté droit seulement, on sentait un gros bourrelet arrondi qui ne pouvait être que de l'épiploon ou de la graisse. Le toucher rectal ne faisait rien constater d'anormal. Le toucher vaginal fut fait plus tard. En somme, dilatation de tout l'intestin avec arrêt complet des matières et des gaz depuis 7 jours; le diagnostic était facile; mais quelle était la cause de cette occlusion? L'histoire clinique seule pouvait l'élucider.

Interrogeant alors cette femme, j'appris que, en février 1905, elle avait été opérée à Beaujon par M. Tuffier d'un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, que depuis sa santé avait été très satisfaisante, sauf une constipation datant de 2 ans et devenant de plus en plus opiniâtre. Depuis 15 jours les gaz, disait-elle, faisaient de « la musique » dans son ventre, se promenant sous la paroi et provoquant de fortes coliques. Bientôt les matières ne passèrent plus, les gaz eux-mêmes s'arrêtèrent malgré les purgations et les lavements et l'occlusion fut complète.

Quelle était la cause et le siège de cette occlusion en raison de la constipation croissante depuis 2 ans, de cette obstruction se faisant petit à petit? Je pensai à un obstacle sur le gros intestin sans rapport avec l'opération subie 5 ans auparavant. Quoi qu'il en fût, il était urgent d'intervenir et je l'opérai le soir même.

Laparotomie médiane sous-ombilicale passant par l'évén-tration.

Le sac est déshabité et le bourrelet décrit plus haut est de l'épiploon engagé dans un diverticule pariétal. Les anses intestinales grêles apparaissent très dilatées, et en les écartant, je me dirigeai vers le cœcum lorsque ce dernier et l'appendice surgissent comme en érection, remplis d'air au maximum : dilaté l'appendice avait le volume du pouce.

L'obstacle siège donc sur la moitié gauche du côlon et je vais immédiatement dans le petit bassin. Là, je sens une tumeur ovoïde sur le trajet de l'intestin, allongée verticalement, presque à cheval sur le détroit supérieur, du volume d'un petit œuf et à laquelle adhère la corne utérine : cette tumeur est dure et mobile. Il s'agit de toute évidence d'un cancer du côlon pelvien et je n'ai, pour l'instant, qu'à empêcher cette femme de mourir en pratiquant un anus contre nature.

Mais en quelle région ?

La question était d'importance car j'avais en vue 2 opérations consécutives dont la dernière serait la fermeture de l'anüs que j'allais créer. Or, en l'établissant à gauche sur l'S iliaque, je me condamnais à faire la 2^e intervention en milieu septique si ma malade ne succombait pas à une 3^e opération de gravité au moins égale.

Je résolus donc de faire l'anüs à droite et comme l'appendice se montrait érigé et dilaté, c'est lui que je choisis. Par une petite incision de la paroi, juste suffisante pour lui donner passage, je l'attirai jusqu'à ce que le cœcum fût collé à la paroi. Je le fixai profondément par 4 points cardinaux non pénétrants et le laissai libre au dehors dans un pansement. Je m'occupai alors de la réfection de la paroi au niveau de la ligne médiane.

Le lendemain matin, je sectionnai l'appendice, et introduisis dans sa lumière jusque dans le cœcum une sonde Nélaton n° 20, taillée en bec de flûte et soigneusement huilée. Sans difficulté je pénétrai dans l'intestin et aussitôt des gaz sortirent en abondance avec un liquide fécal noir et épais qui fut reçu dans un récipient. Cet écoulement continua, le ventre se dégonfla et deux jours après je remplaçai la sonde par un tube un peu plus gros. Tous les trois jours ensuite, j'introduisis un tube de plus gros calibre si bien qu'en une dizaine de jours, j'avais en place un tube du volume du pouce fonctionnant parfaitement, sans aucun suintement au niveau de la plaie. L'état général se remontait peu à peu et la malade commençait à manger. Je pus alors l'examiner plus complètement et lui fis une sigmoïdoscopia.

Le rectum était tapissé de fausses membranes dures que le tube arrachait et qui le remplissaient si bien que je dus y renoncer pour ce jour-là. On fit alors des lavages bi-quotidiens qui ramenèrent une quantité de ces fausses membranes et 3 jours après je pus recommencer cet examen dans de meil-

leures conditions. Partout la muqueuse était saine et quand j'arrivais sur l'obstacle, à une profondeur de 21 cm. en ligne droite, aucune modification de la muqueuse ne me l'annonçait. La lumière était simplement diminuée mais d'une façon brusque. Dans le champ du rectoscope, on voyait un orifice, qui aurait admis à peine une sonde cannelée, couvert de temps en temps par du pus qui s'accumulait à ce niveau : des gaz s'en échappaient sous forme de bulles et barbotaient dans ce pus. J'examinai alors la malade en position inclinée et pratiquai la palpation bi-manuelle par le rectum et le vagin : par le rectum je ne pus rien sentir, mais par le vagin j'arrivai nettement dans le cul-de-sac latéral gauche sur la tuméfaction dure perçue précédemment.

L'état général de la malade paraissant suffisamment bon et ses forces étant revenues, d'autre part l'appendicostomie fonctionnant régulièrement par un gros tube, je pratiquai l'extirpation de la tumeur un mois après, c'est-à-dire le 11 janvier 1911, avec l'aide du docteur Léo. Par une incision gauche sur le bord externe du grand droit on arrive sur un côlon iliaque dilaté, épais et dur, aboutissant au niveau du détroit supérieur à une zone rétrécie très dure et très étroite. On dirait l'empainte laissée par une grosse ficelle qui aurait étranglé l'intestin. Le côlon ilio-pelvien fait suite, sain, c'est-à-dire souple presque tout de suite en aval du rétrécissement, tandis qu'en amont l'induration remonte jusque près de 12 cm. L'intestin est mobile avec un assez long méso dans la fosse iliaque et dans le petit bassin. Le méso-côlon au niveau de la zone malade est épaissi et, tout près de l'intestin, on sent des ganglions de la grosseur d'une noisette. Seule la région rétrécie est adhérente en avant à une salpingite gauche. Cette salpingite est isolée de l'utérus et on la résèque en masse avec le côlon. L'opération est terminée par une implantation terminolatérale du bout inférieur dans la face postérieure du bout supérieur fermé. — Drainage du petit bassin. — Fermeture de la paroi aux fils d'argent et aux agrafes Michel.

Le lendemain 12 et le 13, l'état était bon, la température oscillant entre 37° et 38°; le pouls entre 100 et 107; des gaz passaient par l'anus; le ventre souple non douloureux et plat, la langue humide et rose lorsque, brusquement, l'appendicostomie cessa de fonctionner. S'était-elle obstruée par un bol fécal dur, la chose est probable; en tous cas les conséquences en furent néfastes car les matières passèrent en abondance par l'anus, la température s'élevait, le pouls devenait mauvais et la malade succombait le 14 janvier au soir.

Pouvons-nous de cette unique observation tirer une conclusion en faveur ou contre l'établissement d'une appendi-

costomie devant assurer la dérivation des matières d'une façon satisfaisante. Cette appendicostomie qui, pendant un mois avait bien fonctionné, s'est, malgré son calibre relativement gros, fermée spontanément comme on l'a vu plus haut.

C'est, à notre avis, une raison suffisante pour rejeter cette soupape de sécurité dans un cas analogue en lui substituant une large cœcostomie.

Si la dérivation des matières n'est pas pratiquée, comment procéder à la désinfection intestinale?

Dans un cas comme dans l'autre, cette préparation doit commencer une quinzaine de jours avant l'opération. Les expériences de Gilbert et Dominici ont montré l'influence bienfaisante du régime lacté et des purgatifs salins sur la septicité de l'intestin ; aussi, ce sont ces deux moyens qui constituent le fond de la méthode. Les Allemands en particulier, soumettent leurs malades à ce qu'ils appellent « Abführkur » ou *cure d'évacuation* qui dure de une à trois semaines et qui consiste en une alimentation presque exclusivement liquide et dans l'administration de purgatifs et de lavements. Cependant Hochenegg a peu de confiance dans cette méthode ; car il pense que les purgatifs n'évacuent jamais complètement l'intestin et qu'en diluant les matières et les rendant liquides, ils favorisent la souillure et l'infection de la plaie.

On joint, en général, à cette cure d'évacuation des irrigations rectales avec diverses solutions antiseptiques. Terrier et Baudoin (1890) employaient le sublimé à 1 p. 2.000 trois fois par jour. Dans notre observation personnelle, la préparation que nous avons fait subir à la malade a duré 10 jours et a consisté en quatre purgations avec 20 grammes d'huile de ricin, en un lavement tous les soirs, et tous les matins en un lavage avec deux litres de permanganate de potasse à 1 p. 1.000. On se servait pour cela d'une sonde uréthrale, une bécuille n° 20 qu'on introduisait sur le doigt dans le cylindre néoplasique et que, très prudemment, on

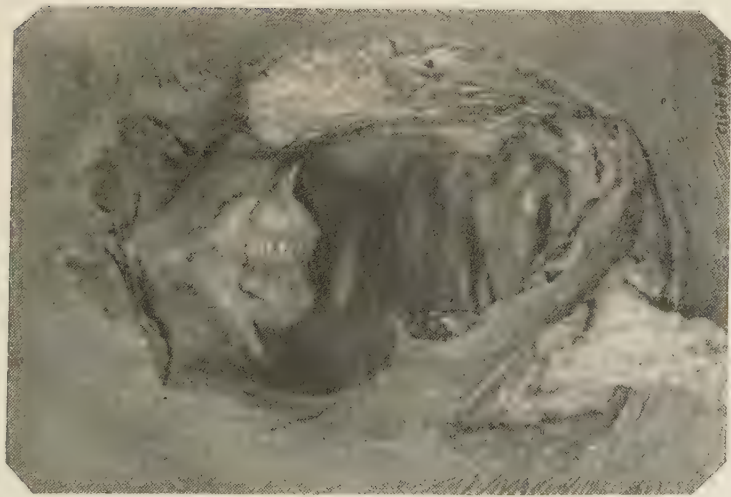


Fig. 4. — La brèche vulvaire après l'incision de Schuchardt.

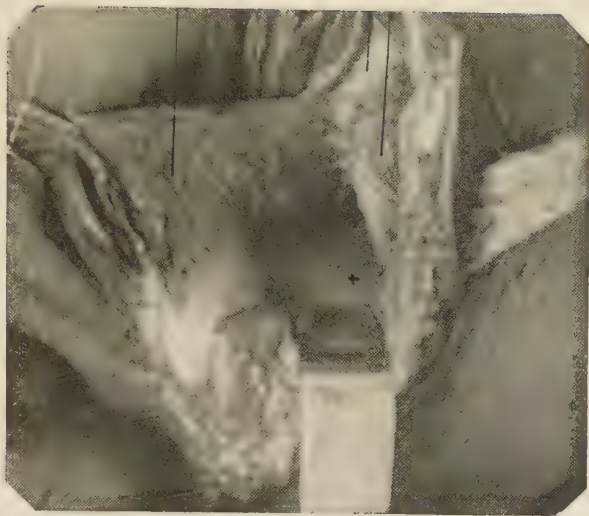


Fig. 2. — 4. Lambeau vaginal droit relevé et découvrant l'aponévrose interne du releveur (+) qui sera incisée d'avant en arrière parallèlement au rectum. — 2. Col utérin. — 3. Cul-de-sac péritonéal. — 4. Rectum.

poussait le plus haut possible dans le segment sus-cancéreux. On retirait alors le doigt et le remplaçait par un drain n° 10 qui plongeait dans l'ampoule rectale au-dessous du cancer. On faisait alors passer une petite quantité de liquide sous *très faible pression* : une faible partie s'écoulait par le tube ; mais le reste, s'accumulant au-dessus du néoplasme, n'était pas toléré et était expulsé par une contraction intestinale et ressortait souillé par des glaires et des raclures de boyaux. Bien toléré au début de la séance, ce lavage déterminait assez vite des douleurs violentes et n'était plus supporté. La dernière purgation fut donnée l'avant-veille de l'opération ; la veille on commença la constipation (0 gr. 06 d'extrait thébaïque) après un dernier lavement. Matin et soir, injections vaginales à l'eau oxygénée et au permanganate.

II. — Opération

1° AVIVEMENT DE L'ANUS

Le chirurgien et son aide, les mains nues, pratiquent, avec des instruments qui ne serviront plus, une opération de Whitehead typique, en disséquant soigneusement la muqueuse le plus haut possible. Le manchon muqueux est lié à sa base, réséqué et son moignon thermocautérisé : une compresse est introduite dans le canal avivé.

2° SECTION VULVAIRE

Les opérateurs se gantent ; on change d'instruments.

Incision de Schuchardt commençant à la vulve, à l'union du quadrant postérieur et du quadrant latéral gauche, se dirigeant en dehors pour se recourber bientôt et descendre verticalement jusqu'au niveau de l'anus et bien à sa gauche. Dans ce trajet, on sectionne toutes les parties molles de la vulve et du périnée jusqu'à ce que l'orifice vulvaire bâille largement et permette un accès facile dans le fond du vagin (fig. 1).

3° INCISION DE LA PAROI VAGINALE POSTÉRIEURE

Le col utérin est saisi avec une pince de Museux et relevé, tendant ainsi le cul-de-sac postérieur. Ce cul-de-sac est incisé transversalement près du col et, du milieu de cette incision, on en abaisse une deuxième, longitudinale, qui vient, à gauche, rejoindre l'incision vulvaire ; elle parcourt la paroi postérieure du vagin et la divise ainsi en deux volets droit et gauche. Ces deux volets, l'un droit plus grand, l'autre gauche plus petit, sont relevés et séparés du rectum sous-jacent qui apparaît recouvert de sa tunique musculaire. Cette dissection est poursuivie en haut jusqu'à ce qu'apparaisse nettement le cul-de-sac péritonéal recto-utérin et latéralement jusqu'à ce qu'on arrive sur la paroi pelvienne constituée par le muscle *releveur de l'anus* tapissé de son aponévrose qui vient, en dedans, se perdre sur le rectum et en haut sur le cul-de-sac péritonéal (fig. 2).

En exécutant cette manœuvre du côté gauche, on rencontre une grosse artère qui est la branche gauche ou antérieure de l'hémorroïdale supérieure et qui contourne le flanc gauche du rectum un peu au-dessous du cul-de-sac péritonéal. Cette artère est isolée le plus haut possible et liée.

4° ISOLEMENT DE L'AMPOULE RECTALE

On procède alors à l'isolement du rectum à ce niveau. Pour ce faire, l'aponévrose interne du releveur est bien mise en évidence de chaque côté et sectionnée d'arrière en avant. Une pince saisissant la lèvre interne de cette aponévrose, on la décolle à la sonde cannelée du muscle sous-jacent dans une certaine étendue ; puis le doigt remplaçant la sonde poursuit le décollement dans tous les sens en haut et en dedans si bien qu'en peu d'instant le rectum se trouve isolé dans sa région ampullaire.

5° ABAISSEMENT DU RECTUM

Il faut maintenant l'abaisser en poursuivant cet isolement par en haut. Il est rare que cet abaissement soit possible

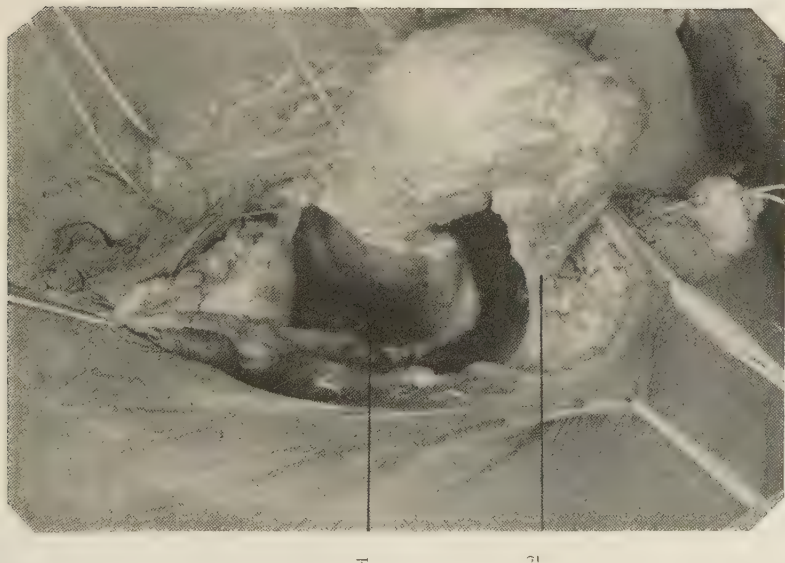


Fig. 3. — 4. Péritoine ouvert. — 2. Tunique musculaire du rectum unie à la région sphinctérienne de l'anus.



Fig. 4. — Le rectum est libéré de ses attaches inférieures par la section de sa tunique musculaire sur le doigt introduit dans l'anus avivé.

en gardant intact le cul-de-sac péritonéal. Il faut le séparer du rectum aussi haut qu'on le peut et l'ouvrir ensuite délibérément sur la partie médiane : une compresse est introduite immédiatement qui refoule l'intestin grêle. On cravate alors le rectum dans sa portion isolée et au-dessous du néoplasme avec une compresse nouée fortement qui servira de tracteur.

On s'occupe d'abord de la concavité sacrée. De l'une et de l'autre main alternativement introduites à droite et à gauche et faisant office de cuillers, on vide cette concavité de son contenu en raclant les parois du bout des doigts. Toutes les brides tendues sont rompues et on arrive sans difficulté aucune au promontoire ; l'hémorragie en nappe qui se produit alors cède au tamponnement. Mais l'abaissement n'est pas encore très considérable : trois manœuvres permettent de « descendre » le côlon : la section des attaches latérales ; la ligature et la section de la branche droite de l'artère hémorroïdale supérieure ; la désinsertion du méso-côlon.

Tirant sur le rectum en bas et à gauche, on poursuit l'ouverture du cul-de-sac péritonéal jusque sur la partie latérale droite de l'intestin et, à ce niveau, on sectionne les tissus tendus qui amarrent le rectum à la **paroi pelvienne** (partie profonde de l'aponévrose sacro-recto-génitale) : on le voit alors descendre peu à peu. C'est à ce moment qu'il faut, à la partie postérieure de l'intestin, chercher l'hémorroïdale. On se rappellera qu'elle est cachée par le feuillet aponévrotique du releveur que le rectum entraîne avec lui. Ce feuillet sera donc soulevé, l'artère isolée, liée le plus haut possible et sectionnée. On libère ensuite le côté gauche de la même façon, mais ici on n'a plus besoin de se préoccuper de l'artère puisque la branche gauche est déjà liée.

Le côlon ne tient plus en arrière que par son méso. La main gauche est alors introduite en totalité dans l'excavation et, retrouvant le décollement arrêté précédemment au niveau du promontoire poursuit ce décollement vers l'aileon iliaque gauche, détache le méso-sigmoïde : l'intestin

s'abaisse alors d'un seul coup et fait saillie hors de la vulve, retenu seulement en bas par l'union de sa tunique musculaire avec les expansions sphinctériennes des releveurs (fig. 3).

6° SECTION DE SES ATTACHES MUSCULAIRES

Ce temps consiste à libérer le rectum de ses attaches. L'index de la main gauche est introduit dans l'*anus avivé* et soulève la musculature rectale : celle-ci est incisée et coupée circulairement (fig. 4). Il suffit alors de tirer sur l'extrémité du rectum pour l'amener tout entier au dehors à travers le canal anal.

7° FERMETURE DU CUL-DE-SAC PÉRITONÉAL ET FIXATION DU CÔLON A LA RÉGION SPHINCTÉRIENNE

On répare alors la brèche péritonéale par un surjet, et on fixe la tranche musculaire précédente à la périphérie de l'intestin prolabé : les points postérieurs s'exécutent plus facilement par l'anus ; les points antérieurs et latéraux par le vagin (fig. 5). Les deux lambeaux vaginaux sont réunis par un surjet et l'incision de Schuchardt fermée dans sa partie supérieure seulement ; par l'extrémité inférieure, sortira le drain qui plonge dans l'excavation sacrée.

La suture vaginale ayant lâché sur une certaine étendue chez notre opérée, nous serions tout disposés, le cas échéant, à la faire précéder d'une myorraphie des releveurs pour lui servir de soutien.

8° SECTION DE L'INTESTIN ET SUTURE A LA PEAU ANALE

L'opération est pour ainsi dire terminée car il n'y a plus qu'à exécuter le dernier temps : le temps septique. Mais il est actuellement sans danger, car il se fait en dehors de l'organisme : c'est la section du côlon et sa fixation à la peau de l'anus. On fera cette section à 4 cm. au-dessus du néoplasme ; elle portera d'abord sur la musculature qui, tous

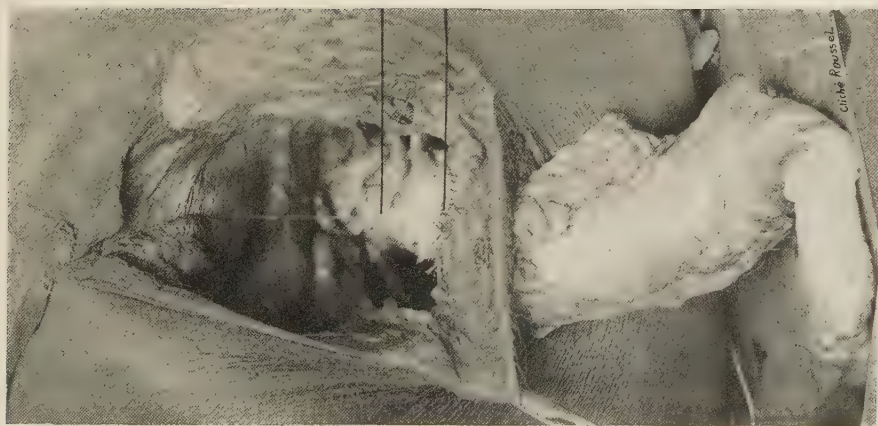


FIG. 5

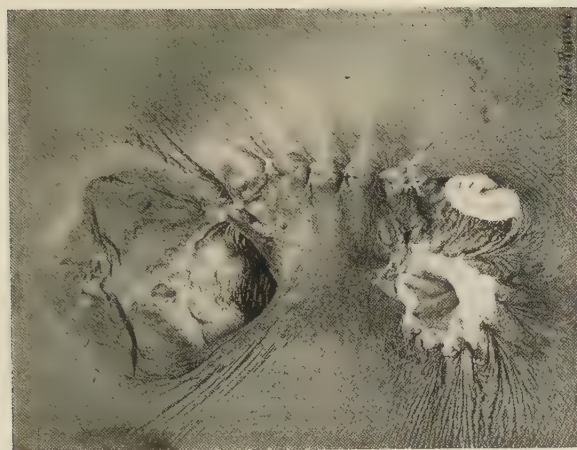


FIG. 6

FIG. 5. — Le rectum, libéré par la section précédente, a été attiré par le canal anal et pend librement au dehors. — 1. Péritoine fermé. — 2. Suture de la région sphinctérienne à la tunique musculaire du colon abaissé.

FIG. 6. — Opération terminée. — Le périnée a été réparé et le colon abouché à la peau après sa section. Drainage par l'extrémité inférieure de la plate de la cavité sacrée.

les vaisseaux étant liés, sera fixée par quelques points cardinaux aux parois cutanées de l'anus. Puis le manchon muqueux sectionné sera uni à la peau de l'anus par des points séparés à la soie ou au fil de lin (fig. 6).

III. — Soins consécutifs

Il est de notion courante qu'en matière de cancer du rectum les soins post-opératoires ont une importance au moins égale à celle de l'acte opératoire lui-même ; mais, s'ils sont minutieux, compliqués, exigeant une préoccupation continue dans les extirpations par la voie sacrée, périnéale ou coccygienne, on peut dire, qu'en général, ils sont d'une extrême simplicité après les interventions par voie vaginale.

En quoi consistent-ils ?

Tout d'abord, l'opération terminée, disons que le pansement ne présente aucune particularité spéciale ; c'est un pansement aseptique à plat, recouvrant d'un côté l'orifice anal et de l'autre la plaie de débridement vulvaire fessière. Le vagin est bourré d'une compresse sèche et une sonde à demeure est placée dans la vessie. Une couche d'ouate recouvre le tout et peut être maintenue par un bandage classique en T.

Mais, comme le fait remarquer Chalier, ce bandage n'est pas assez large : aussi, il est préférable d'adopter le modèle de cet auteur, qui peut être construit de la façon suivante :
« On prend une bande de toile large de 6 à 7 cm., longue
« de 1 m. 60 et destinée à la ceinture. En son milieu s'im-
« plante un morceau de toile, large à sa base de 0 m. 50
« environ et cela sur une hauteur de 0 m. 40 ; ce dernier,
« long de 0 m. 75, s'effile à sa partie antérieure, de façon
« progressive, si bien que son bord antérieur ne mesure plus
« que 0 m. 25. Il affecte donc, dans son ensemble, la dispo-
« sition d'un rectangle prolongé par un trapèze. Cette dis-
« position spéciale est conditionnée par l'utilisation même
« du bandage, dont la partie large recouvre les fesses, tandis

« que la partie effilée est destinée à passer entre les cuisses
« pour venir se rabattre sur la région pubienne. Cette pièce
« principale donne attache sur ses bords à deux chefs laté-
« raux : l'un fixé à 0 m. 30 environ de la ceinture ; l'autre,
« tout près de l'extrémité antérieure. Ils ont environ 0 m. 40
« de long sur 1 à 2 cm. de large. Du bord antérieur, au voi-
« sinage de chacune des extrémités, partent deux chefs lar-
« ges de 3 cm. et longs de 0 m. 40. »

L'application de ce bandage est des plus faciles. La pièce principale étant en position postérieure par rapport à la malade, la ceinture enserre la taille au-dessus des crêtes iliaques et est nouée au-devant de l'abdomen. La pièce principale recouvre la région lombaire inférieure, les deux fesses, la zone sacrée ; elle passe entre les cuisses par son extrémité antérieure pour garantir la région périnéale et les chefs terminaux sont attachés à la ceinture.

La malade est reportée dans son lit et traitée comme une autre opérée suivant les indications (sérum, caféine, huile camphrée, etc.).

Dès le lendemain, on commence la constipation par les pilules d'extrait thébaïque à 0 gr. 06 cgr., dose que l'on peut élever progressivement jusqu'à 0 gr. 08 cgr., et cette constipation doit durer jusqu'au 12^e jour au moins.

Les soins consécutifs doivent être surveillés de très près et nous ne pouvons que conseiller fortement la pratique employée par le Dr Iselin sur la malade de notre observation personnelle. C'est la pratique préconisée par M. le Professeur Delbet et qu'il applique à ses opérés d'hémorroïdes par le procédé de Whitehead. Elle consiste en 2 ou 3 lavages journaliers de l'anus et de la région péri-anale avec un jet léger d'eau oxygénée, suivis chacun d'un assèchement de la plaie de réunion avec une compresse imbibée d'alcool.

Quant au drainage sacré, s'il n'y a pas de phénomènes locaux ou généraux inquiétants, on le supprimera au bout de 48 heures environ de même que la mèche vaginale, et, dans ces conditions, les suites opératoires de cette interven-

tion, en somme considérable, sont comparables à celles d'une opération de Withehead.

Les fils enlevés, on déconstipe la malade le 12^e jour en lui donnant une purgation que l'on aura fait précéder la veille d'une pilule laxative pour ramollir les matières.

La sonde à demeure sera conservée jusqu'à ce moment sans inconvénient, à la condition que cette sonde soit changée tous les cinq ou six jours et que l'on fasse fréquemment des lavages de vessie à l'eau bouillie, et, de temps en temps, à la solution de nitrate d'argent à 1 p. 1000.

Il n'est pas inutile de dire que, pendant toute cette période de constipation, la malade doit être soumise à un régime alimentaire très sévère. On se conduira d'abord comme pour toute autre intervention et, quand l'alimentation sera reprise, elle consistera tout d'abord uniquement en liquides (eau-de-riz, lait, en se souvenant que, chez certaines personnes, il occasionne de la diarrhée, etc.) ; puis on la fera plus substantielle en y ajoutant des crèmes, des purées, etc.

IV. — Complications

Laissant de côté les complications générales (hémorragies, infection) et communes à toutes les interventions sur le rectum, en faisant remarquer toutefois que la voie transvaginale les réduit à leur minimum, observe-t-on des complications particulières à cette voie ?

Nous en signalerons deux de peu d'importance en réalité et dont l'une, tout au moins, est parfaitement évitable : il s'agit de la connaître et d'y penser. Nous voulons parler de l'oubli de compresses dans la concavité sacrée, et c'est là un accident qui se comprend facilement quand on a vu ce trou énorme dans lequel la main disparaît en entier et qui se remplit de sang continuellement. Or, une compresse oubliée va révéler sa présence par une suppuration ou des fistules qui ne cesseront que le jour où elle sera extirpée ou sortira spontanément. On peut éviter cet accident en intro-

duisant dans la concavité sacrée, pour la tamponner, une seule grande compresse ou un champ.

On peut observer aussi, comme le fait s'est produit dans notre observation personnelle, une désunion partielle de la suture vaginale. Mais, dans ce cas, les lambeaux vaginaux réunis étaient comme une voile tendue sans soutien et il a été dit au manuel opératoire qu'il serait bon de doubler cette paroi par une myorrhaphie des releveurs.

Quoi qu'il en soit, c'est une complication sans importance, et la fermeture de la brèche se fait, en général, en même temps que se comble le vide sacré.

CHAPITRE IV

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

A en croire certains auteurs enthousiastes comme Rehn, Liermann, la voie transvaginale serait, chez la femme, la voie normale pour l'extirpation du cancer rectal, quel que soit son siège. Mais, à notre avis, vouloir lui donner une telle extension est lui rendre un mauvais service et il ne faut pas, croyons-nous, demander à une méthode plus qu'elle ne peut donner. Chez la femme, on n'enlèvera pas plus tous les cancers rectaux par le vagin qu'on ne le fera chez l'homme par la voie sacrée, la voie périnéale ou la voie coccygienne. C'est-à-dire qu'il y a une question d'indications tirées du *siège* du néoplasme.

La position élevée du cancer doit-elle contre-indiquer le passage à travers le vagin ? *A priori* nous pouvons répondre par la négative, car nous avons vu au manuel opératoire avec quelle facilité nous avons accès sur le rectum supérieur ou le côlon sigmoïde.

Pratiquement nous pouvons déclarer qu'il n'y a nul empêchement, car, en parcourant les observations, nous en trouvons un certain nombre qui mentionnent : cancer élevé, cancer très élevé, c'est-à-dire remontant jusqu'à 20 centimètres de l'anus.

L'abaissement par cette voie est même encore plus facile que par les autres méthodes, car, par la large brèche vaginale, la main évolue librement dans la concavité sacrée. Cette brèche, en effet, figure un large entonnoir dont les dimensions sont représentées par les limites mêmes du détroit inférieur. Gersuny, qui a pratiqué ces amputations très

élevées, cite même un cas dans lequel il put atteindre avec la main « la ligne innominée gauche » sur une étendue d'au moins 13 centimètres et arriver, vers la droite, jusqu'au promontoire : l'incision para-sacrée seule peut lui être opposée.

La position élevée du cancer ne sera donc pas pour nous un obstacle à l'emploi de la voie que nous étudions. A plus forte raison, lui réservons-nous les cancers de l'ampoule.

Quant aux cancers du rectum inférieur et du canal anal, la question change. Quel est, en effet, le principal avantage de la voie transvaginale, sa raison d'être en quelque sorte ? C'est, bien évidemment, la conservation de l'appareil sphinctérien. Or, du moment où le cancer siège au niveau de cet appareil, sans même l'envahir, nous jugeons plus logique, plus facile même, de l'enlever par le chemin le plus court, par la voie périnéale plutôt que par la voie transvaginale qui l'attaquerait d'arrière en avant.

En résumé, pour nous, seraient justiciables de la voie vaginale tous les cancers du rectum dont la limite inférieure se trouvera au moins à 4 centimètres au-dessus de l'anوس et dont la limite supérieure sera quelconque.

Y a-t-il des contre-indications spéciales ? Notre expérience personnelle est un peu courte à ce sujet ; mais, si nous nous en rapportons à la thèse de Rapp, il reconnaît avec Heydenreich deux contre-indications :

1° *Le rétrécissement bi-ischiatique dans les bassins rétrécis ;*

2° *L'existence d'une affection génitale inflammatoire.*

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Observation I. — NORTON, *Sem. méd.*, 1890.

Cancer du rectum.

Division de la muqueuse vaginale, incision prolongée à travers le périnée jusqu'à l'anus. Isolement du rectum. Extirpation de l'extrémité inférieure avec l'écraseur. Intestin attiré en bas et fixé à la peau.

Guérison par première intention; pas d'incontinence de matières fécales.

Obs. II. — DESGUIN, d'Anvers, *Annales de la Soc. méd. d'Anvers*, sept. 1890.

Cancer des deux tiers supérieurs du rectum avec envahissement de la cloison.

Femme de 63 ans, faible, cachectique. La cloison était envahie jusque près du col utérin et était perforée largement de sorte que les matières fécales s'échappaient par la vulve. Mobilité latérale du bloc cancéreux assez satisfaisante; de même, mobilité de bas en haut, mais immobilité à peu près complète de haut en bas. Donc : infiltration probable du méso. Par le toucher rectal, on reconnaissait l'intégrité de l'anus mais le doigt ne pouvait franchir le néoplasme dont l'étendue vers le haut restait douteuse. En somme, cancer opérable au point de vue palliatif; non opérable grâce aux probabilités de récurrence.

Opération le 17 juillet 1890, longue, d'une durée de 2 heures, interrompue par des syncopes très fréquentes. Abondante perte de sang. Le soir même de l'opération, les tendances syncopales persistent et brusquement, à 7 heures du soir, la malade succombe à la dernière syncope.

Obs. III. — REHN, de Francfort, *Centralblatt für Chir.*, 1895.

Cancer du rectum.

Femme de 81 ans. Carcinome à 5 cm. au-dessus de l'anus; impossible d'atteindre les limites supérieures. La malade refuse l'anus contre nature et réclame une opération radicale. Opération par le vagin. Le rectum très friable, se déchire et son contenu souille le champ opératoire. Perte de sang minime. Etat géné-

ral satisfaisant. Pouls fort et ample. Dans les 24 heures qui suivent l'opération, la malade se trouve bien, mais au 2^e jour apparaissent des symptômes de péritonite. Mort le 3^e jour.

Obs. IV. — VAUTRIN, Observation du service de M. le professeur Vautrin, Nancy 1895.

Néoplasme annulaire du rectum, haut de 3 à 4 centimètres et commençant à 6 ou 7 cm. de l'anus. Résection de 9 cm. du gros intestin. Le dixième jour, complication : apparition d'une fistule recto-vaginale qui se ferme spontanément en quelques jours. Pas d'incontinence des matières fécales même liquides, ni des gaz. La malade quitte l'hôpital 20 jours après l'opération et depuis, elle a repris ses occupations. Opération le 4 mai, précédée pendant 10 jours d'une préparation soignée. Chaque jour, 0 gr. 05 cgr. d'extrait thébaïque. Le 8 mai, on supprime l'opium et le lendemain, on administre une purgation : selles abondantes. Injections vaginales et rectales. Selles régulières chaque jour. Continence des matières et des gaz. 15 mai une selle nocturne qui fait céder une suture de la paroi recto-vaginale. Des matières s'écoulent dans le vagin par ce petit orifice. On place dans le rectum un drain de fort calibre. Dans la journée, il ne sort rien par la fistule. 16 mai, selles, il sort des matières par la fistule. 20 mai, la fistule est cicatrisée. 25 mai, la malade sort guérie.

Obs. V. — DEPAGE, *Ann. Soc. belge Chir.*, 1895; *J. Méd.*, Bruxelles, 1898.

Carcinome de la paroi postérieure du rectum. Mme V..., opérée le 27 septembre 1895 pour un carcinome limité, annulaire, occupant la paroi postérieure du rectum, siégeant à 4 cm. au-dessus de l'anus et mesurant 4 à 5 cm. de diamètre. Succès. Revue en janvier 1898, pas de récurrence.

Obs. VI. — HEYDENREICH, Th. de Rapp, 1897.

Cancer élevé du rectum.

Mme P..., 42 ans. Entre le 24 novembre 1896. Opération le 4 décembre 1896.

Incision médiane du vagin allant jusqu'au coccyx. Dissection des lambeaux vaginaux. Décollement du rectum de bas en haut sans difficulté. Résection du bout inférieur envahi sur une hauteur de 5 cm. en avant et 10 cm. en arrière. Abaissement du rectum. Suture à la peau. Drainage à la gaze iodoformée. Durée de l'opération 2 heures. Perte de sang minime. La malade va bien. Le soir, elle se plaint de vives douleurs s'irradiant de l'anus jusque dans les cuisses et la région sous-ombilicale. T : 39°,8. Quelques vomissements bilieux. Ventre souple et non douloureux.

4 décembre : dans le courant de la nuit, la malade éprouve

de fréquentes envies d'aller à la selle ; on prescrit 25 milligrammes d'extrait thébaïque. Matin et soir, lavages de la plaie au sublimé en solution faible. 12 décembre, ablation de la plupart des fils ; la malade est très faible. 18 décembre, la température tombe à 37°. Ablation des derniers fils ; les forces reviennent. 28 décembre, la malade commence à se lever ; elle a des besoins subits d'aller à la selle auxquels elle ne peut résister que pendant un temps très court. Pas d'incontinence. 9 janvier, elle sort. En juillet, pas de trace de récidive.

Obs. VII. — HEYDENREICH, Th. de Rapp, 1897.

Cancer élevé du rectum.

Mme L..., 49 ans. Entre le 3 juin 1897. *Opération* le 10 juin : Incision de la paroi postérieure du vagin, de la paroi antérieure du rectum. Libération. Abaissement. Sutures. Hémorragie minime. Durée 55 minutes. Tube de caoutchouc entouré de gaze iodoformée dans le rectum ; drain au niveau de l'incision postérieure. Sutures au catgut. Suites immédiates normales. Du 11 au 14 juin, suites opératoires normales. 15 juin, la partie postérieure de la suture a lâché ; entre le rectum et le coccyx il existe une large brèche par où s'écoulent les matières fécales. 18 juin : la partie antérieure de la suture a lâché et le rectum a été attiré en haut. La plaie est recouverte de débris sphacelés.

On fait deux lavages par jour.

20 juin, diarrhée qui affaiblit la malade. Bismuth : 4 grammes. La rétention d'urine persiste. Du 21 au 28 juin, même état, diarrhée moins forte. La plaie commence à bourgeonner. La cloison recto-vaginale est fermée ; au tiers inférieur persiste une petite fistule. 7 juillet, la partie antérieure de la plaie est presque cicatrisée, la partie postérieure encore profonde, bourgeonne activement. Plus de diarrhée. 18 juillet, en arrière du rectum, persiste une plaie d'environ 6 cm. de long sur 1 cm. de profondeur. La rétention d'urine a disparu. La malade se lève. Elle part le 28 juillet en très bon état. La fistule de la cloison vaginale persiste. La plaie postérieure peu profonde a environ 4 cm. de long.

Revue en décembre 1897 en excellent état.

Obs. VIII. — GROSS, novembre 1897.

Carcinome cylindrique du rectum. *Opération* le 30 novembre après une préparation de quelques jours. Purgation. Lavages au permanganate du rectum et du vagin.

Incision de la cloison recto-vaginale jusqu'à l'anus. Ablation de la tumeur d'une seule pièce. On a sacrifié en partie le sphincter. Sutures. Tampon à la gaze iodoformée dans le rectum. Perte de sang minime. Grands lavages de la région tous les jours. Alimentation en lait, bouillon et champagne. Ablation des

fil 12 jours après l'opération. Sort guérie 20 jours après l'intervention. Pas d'incontinence, mais le besoin d'aller à la selle doit être promptement satisfait. Revue 6 semaines après; pas de récurrence.

Obs. IX. — GERSUNY, *Centralblatt für Chir.*, 1893 à 1897.

K. D., 62 ans. A 4 cm. au-dessus du sphincter tumeur molle, ulcérée, occupant toute la circonférence du rectum et dont les limites supérieures ne peuvent être atteintes. Opération le 22 sept. 1893; incision du périnée et de la paroi postérieure du vagin prolongée en bas jusqu'au coccyx; décollement du rectum que l'on isole de la partie postérieure du vagin; la graisse de la fosse ischio-rectale est enlevée; extirpation du carcinome; suture des bouts de l'intestin; drainage de l'espace recto-sacré; petite fistule stercorale. Guérie le 8 novembre.

Obs. X. — (GERSUNY).

M. K., 63 ans. En janvier 1891 a été opérée pour un carcinome; occupant le côté gauche du rectum. Récurrence précoce au niveau de la paroi vaginale postérieure et de la portion adjacente du rectum sous forme d'une tumeur bosselée. Opération le 18 janvier 1894. Extirpation avec incision du périnée; incision de la paroi recto-vaginale sur une longueur de 4 cm.; on attire en bas le rectum libéré avec le doigt. Torsion de 180°. Fixation à la peau près du coccyx. Drainage; périnéorrhaphie; guérison; cicatrice linéaire; pas d'incontinence. Sort le 10 février 1895. Morte en 1895.

Obs. XI. — (GERSUNY).

M. B., 57 ans. — Dans le rectum, très haut, tumeur circulaire, bosselée, mobile, saignant facilement. L'orifice circonscrit par la tumeur laisse passer un doigt. *Opération* le 21 sept. 1894. Incision du périnée et de la moitié environ de la paroi vaginale jusqu'au rectum; on circonscrit la tumeur par une incision circulaire; ouverture du péritoine. Sutures du sphincter et du périnée. Drainage. Le 12 oct., petite fistule recto-vaginale fermée le 20. Incontinence des gaz. Même état à la sortie le 4 nov. 1894. Le 11 décembre, petite intervention: avivement des bords de la cicatrice réunis; depuis, plus d'incontinence.

Obs. XII. — (GERSUNY).

R. G., 38 ans. — Petite tumeur mamelonnée de la grosseur d'une noisette en arrière et à gauche à 5 cm. de l'anus.

Opération le 27 oct. 1894. Profonde incision de la cloison recto-vaginale; ablation du néoplasme. Sutures de la cloison, du périnée, du sphincter. Drainage.

Guérie le 20 novembre.

Obs. XIII. — (GERSUNY).

G. R., 51 ans. — A 5 cm. au-dessus du sphincter, au nouveau de la paroi postérieure, tumeur du volume d'une noix. *Opération* le 12 mars 1895. Incision de la paroi postérieure du vagin jusqu'au rectum sur une longueur de 8 cm. Extirpation; sutures; drainage; guérison; pas d'incontinence après 4 semaines. Récidive locale en juillet 1895. 2^e opération le 20 août : incision de la cloison. Amputation du rectum. Torsion de 180°. Drainage. Guérison en 3 semaines.

Revue en janvier 1897. Très bonne santé; pas d'incontinence.

Obs. XIV. — (GERSUNY).

F. L., 38 ans. — Au niveau de la cloison recto-vaginale et remontant jusqu'au cul-de-sac, tumeur volumineuse, mamelonée. Opérée en août 1895. Amputation du rectum après incision recto-vaginale. Torsion 180°. Large fistule recto-vaginale qui guérit lentement. En janvier 1897, détails par lettre : pas d'incontinence.

Obs. XV. — (GERSUNY).

M. M., 56 ans. — Cancer du rectum. Tumeur volumineuse, bosselée dans la paroi antérieure du rectum; les limites supérieures ne peuvent être atteintes. Perforation de la cloison. *Opération* le 22 janv. 1896. Large excision de la tumeur; amputation du rectum; ouverture de la cavité péritonéale car il faut enlever environ 4 cm. d'intestin revêtu de son revêtement péritonéal; on attire en bas le bout supérieur du rectum; torsion; le nouvel anus est placé près du coccyx; sutures du périnée et de la cloison. 15 février, guérison pas d'incontinence; petite fistule se fermant sans intervention.

Obs. XVI. — (GERSUNY).

A. B. — Rétrécissement cancéreux, circulaire, large, remontant très haut, un peu mobile en arrière. *Opération* le 8 avril 1896. Incision de la cloison jusqu'au rectum. Amputation de 15 cm. d'intestin. Le bout supérieur du rectum est attiré en bas : torsion; périnéorrhaphie; drainage; guérison par première intention; pas d'incontinence le 30 avril.

Revue en janvier 1897 bien portante et sans incontinence. Cicatrice solide. On sent, très haut sur l'intestin un anneau rétréci, élastique, véritable sphincter.

Obs. XVII. — (GERSUNY).

A. E., 45 ans. — Cancer du rectum. Rétrécissement serré, remontant très haut dans le rectum. Opérée le 10 sept. 1896 : incision de la cloison; décollement du rectum; paroi très fria-

ble, forte hémorragie ; amputation du rectum ; jusqu'au sphincter ; après la colpopérinéorraphie, on fixe ce dernier à un lambeau de peau de la fesse attiré jusque vers le rectum. 15 jours plus tard, se déclare une péritonite qui guérit au bout de 2 semaines. Guérie le 10 octobre ; pas d'incontinence.

Obs. XVIII. — (GERSUNY).

B. Z., 43 ans. — Cancer du rectum.

Au niveau de la paroi postérieure du rectum, tumeur volumineuse, dure, saignante, peu mobile, très haut située. *Opération* le 21 sept. 1896. Incision périnéo-vaginale ; amputation du rectum ; torsion 200° ; drainage. Périnéorraphie ; suture de la cloison vaginale ; guérie au bout de 15 jours. 1 mois après l'opération, pas d'incontinence. En fin janvier 1897, a augmenté de 12 kil. Cicatrice solide, pas d'incontinence.

Obs. XIX. — (GERSUNY).

Opérée en ville en 1895 pour cancer. Résection d'une longue portion du rectum avec au moins 6 cm. d'intestin recouvert de sa séreuse. Suture du sphincter : morte au bout de 8 jours de péritonite ; drainage insuffisant.

Obs. XX. — BYFORD (H. T.), *Ann. of Surgery*, nov. 1896, t. II, p. 634 ; et *Centr. f. Chir.*, mars 1897.

Cancer du rectum.

Incision transversale au niveau du cul-de-sac postérieur ; on ouvre le péritoine ; l'intestin est alors attiré dans la plaie que l'on peut agrandir par une incision verticale. L'intestin est sectionné au-dessus de la tumeur que l'on extirpe, puis fixé dans le vagin après suture du péritoine. Le bout inférieur du rectum préalablement tamponné, est fixé de même dans le vagin. Une colporraphie, pratiquée ensuite constitue le dernier temps opératoire. — Survie de quelques mois. Aucun renseignement précis.

Obs. XXI. — CHALIER. *Th. de Lyon*, 1909.

Cancer du haut rectum.

Opération en deux temps : 1^{er} temps, anus iliaque gauche (14 sept. 1909). — 2^e temps : Résection transvaginale du segment cancéreux, le 24 septembre 1909.

Mlle A. G., 61 ans, entre dans la Clinique de M. le professeur Jaboulay, le 11 sept. 1909. A partir du 20 sept., grands lavages recto-côlique tous les jours. Le 23 au soir, extrait thébaïque 0 gr. 08 cgr.

Opération : Grands lavages oxygénés du rectum, qui est asséché ensuite, puis tamponné avec une mèche de gaze après dilatation de l'anus. Désinfection vaginale minutieuse : lavages à l'eau oxygénée, au savon, à l'alcool, à la teinture d'iode. Evacuation de la vessie.

Opération selon le manuel opératoire exposé au chapitre I^{er}.

Mèche dans la concavité qui ressort par l'incision de Schuchardt. Tamponnement vaginal. Sonde de Pezzer. Durée de l'opération 1 h. 20. Pas de sang. Bonne anesthésie.

Suites opératoires : Le soir. T : 37°. Pouls à 80, régulier. — 0 gr. 06 cgr. d'extrait thébaïque.

25 sept. — Quelques coliques ; pas de forces, pas de vomissements. Pouls à 84.

26 sept. — 1^{er} pansement ; ablation du tampon intra-vaginal ; irrigation de l'anus, le bout invaginé offre une teinte noirâtre. Lavage de la vessie par la sonde.

27 sept. — La malade souffre légèrement. T : 39° la veille au soir ; on enlève la mèche ; petit drain dans l'incision de Schuchardt ; irrigation.

28 sept. — La température est tombée ; bon état ; un peu de pus dans le vagin ; lavage vaginal ; urines claires ; lavage de vessie ; l'invagination paraît bien tenir ; lavage recto-côlique, le bout inférieur ne contenait aucune matière.

1^{er} oct. — On panse et lave la malade tous les jours : on change la sonde ; urines claires. La paroi postérieure du vagin présente, le long de la ligne de suture, un aspect grisâtre de nécrose. La suture n'a pas tenu ; en haut, en arrière du vagin et au-dessous du péritoine, il existe un clapier rempli d'un liquide noirâtre d'odeur putride ; on l'évacue ; drain et irrigation ; le bout invaginé a repris sa coloration et tient.

10 oct. — Depuis quelques jours, suppuration abondante de la plaie venant de l'atmosphère peri-rectale ; pansements et lavages.

12 oct. — Suppression de la sonde à demeure.

15 oct. — Petite escharre sacro-coccygienne ; écoulement de pus par le vagin.

20 oct. — Œdème des membres inférieurs, surtout à gauche ; œdème des paupières ; oligurie ; on donne des diurétiques ; l'escharre sacrée a augmenté.

22 oct. — Disparition de l'œdème ; diurèse ; la paroi postérieure du vagin ne suppure presque plus. La malade peut contracter son sphincter et les liquides injectés dans le rectum sont en grande partie retenus. Etat général médiocre ; peu d'appétit, peu de forces ; ne peut se lever.

30 novembre. — Ventre ballonné ; légère éversion de la muqueuse des deux orifices de l'anus contre nature. Depuis 8 jours, on note un rétrécissement siégeant à 4 cm. au-dessus de l'anus ; on dilate cette sténose ; vagin cicatrisé ; foie gros mais sans noyaux ; la malade se sent forte ; elle se lève et réclame la fermeture de sa colostomie.

20 déc. — Excellent état général ; pas de trace de récurrence. Légère sténose que l'on dilate tous les jours.

Obs. XXII. — Due à l'obligeance du DOCTEUR ISELIN.

Mme Th..., 67 ans, a toujours été constipée, mais depuis 3 mois

cette constipation a augmenté, s'accompagnant de temps en temps de vomissements et de douleurs abdominales. Deux crises furent particulièrement fortes; l'une il y a quelques mois qui dura 2 h. 1/2 environ; l'autre il y a 8 jours. Cette dernière fut longue et très douloureuse, caractérisée par des coliques terribles avec ballonnement. Le docteur Dauchelle (de Champigny) appelé, pratiqua le toucher rectal et constatant quelque chose d'anormal me demanda en consultation.

Mme Th... est une femme bien conservée, qui supporte allégrement ses 67 ans. Le teint est un peu jaunâtre, mais les yeux sont vifs et l'amaigrissement est très peu marqué. Le ventre découvert, on constate qu'il est modérément mais régulièrement ballonné : aucune contraction intestinale n'est perçue pendant l'examen. A la percussion, sonorité surtout marquée à gauche, légère douleur à la pression du côté du cœcum. La malade couchée sur le côté gauche, dans la position habituelle, j'en examine l'anus. Il présente quelques hémorroides peu saillantes et à son pourtour, à droite et à gauche de la marge deux petits abcès superficiels sans aucune induration et sans relation avec la profondeur. Le doigt introduit ne constate rien d'anormal dans la traversée sphinctérienne, mais dans la région inférieure de l'ampoule, à 4 cm. de l'anus, au niveau de la paroi antérieure et plus haut en arrière, il arrive sur une tumeur qui obture la cavité rectale. Le bord inférieur est saillant, arrondi, très dur et irrégulier. On le perçoit sur toute la circonférence de l'intestin sous forme d'un bourrelet annulaire au-dessous duquel la muqueuse paraît cliniquement saine. Au centre, persiste une lumière dans laquelle l'index pénètre tout juste, rencontrant sur sa route des bourgeons durs faisant saillie; bientôt il traverse la région rétrécie et son extrémité émerge dans la cavité intestinale sus-jacente dont les parois paraissent souples. On peut alors apprécier la hauteur du néoplasme; circonférentiel, haut en arrière de 1 centimètre 1/2 environ; en avant, de 3 cm. si bien qu'il donne l'impression d'une bague à chaton antérieur. Recourbant alors l'index en crochet, on attire la tumeur en bas et on constate qu'elle est parfaitement mobile dans tous les sens et qu'elle se laisse facilement abaisser. Ceci d'ailleurs était facile à constater d'une autre façon : en laissant le doigt dans l'ampoule au-dessous du néoplasme, ce dernier venait s'engager sur ce doigt quand on invitait la malade à pousser. Par le toucher vaginal, on percevait distinctement la tumeur saillant dans la moitié inférieure du vagin et il était facile d'apprécier l'intégrité de la muqueuse vaginale dans la hauteur du néoplasme.

En résumé, on se trouvait là en présence d'un néoplasme rectal en virole, peu étendu comme hauteur, très mobile sur les organes voisins et siégeant dans la partie inférieure de l'ampoule suffisamment loin de l'appareil sphinctérien.

Etant donnés ces caractères, l'extirpation apparaissait singulièrement séduisante mais à quelle opération donner le choix?

Devant l'horreur exprimée par la malade et par son entourage pour l'anus contre nature, je rejetai l'amputation ; et la résection qui paraissait être le procédé de choix dans le cas actuel fut décidée. L'examen général de la malade me donna les résultats suivants : myocarde en excellent état, artères souples, poumons sains, pouls normal, pas d'œdème aux malléoles : ni sucre ni albumine dans les urines : elle était donc parfaitement opérable.

La malade entra à la maison de santé le 4 octobre 1910. Cette dame ayant refusé net toute intervention préliminaire, je dus me borner à une préparation d'une dizaine de jours qui consista en quatre purgations avec 20 grammes d'huile de ricin, en un lavement tous les soirs et tous les matins un lavage avec deux litres de permanganate de potasse à 1/1000. Ces lavages sont faits par moi-même avec une sonde béquille n° 20 que j'introduisais prudemment sur le doigt dans le segment sus-néoplasique aussi haut que possible. Un drain n° 40, placé dans l'anus, permettait au liquide de ressortir. Ces lavages étaient très douloureux à la fin et ramenaient peu de matières mais beaucoup de glaires.

La préparation commencée immédiatement fut terminée le jeudi 13 octobre par la 4^e purgation : le vendredi 14, la constipation fut commencée après un dernier lavement de 0 gr. 06 cgr. d'extrait thébaïque. Pendant tout le temps de cette préparation, la malade était restée au régime lacté absolu.

Opération. — Le samedi matin 15 octobre, l'opération eut lieu et je fis la résection du rectum par la voie transvaginale.

Je commençai, avec des instruments spéciaux, et les mains nues ainsi que celles de mon aide, une opération de Whitehead typique et je disséquai la muqueuse le plus haut possible. Ceci fait, j'applique une ligature à la soie à la base du manchon muqueux et je résèque la partie exubérante ; thermocautérisation du moignon ; celui-ci échappe à la ligature. Je puis heureusement le reprendre immédiatement, je le lie un peu plus haut et, pour plus de sûreté, je ferme l'orifice par un surjet à la soie.

On badigeonne à la teinture d'iode la périphérie de l'anus et on change d'instruments. Mon aide et moi gantés, je reprends l'opération par le vagin. Une pince de Museux prend la lèvre postérieure du col et j'incise transversalement le cul-de-sac postérieur. Sur cette incision transversale, je branche une incision qui descend vers la partie gauche de la commissure vulvaire et là, je pratique l'incision de Schuchardt en plein périnée. Le vagin s'ouvre alors d'une façon remarquable et je puis séparer chacun des lambeaux de la paroi postérieure de la paroi rectale correspondante. Je pousse le décollement jusqu'aux lames recto-vaginales latéralement et en haut, j'essaye de décoller suffisamment le cul-de-sac péritonéal sans l'ouvrir ; mais comprenant l'inutilité de cette manœuvre, je l'ouvre d'un coup de

ciseaux et glisse une compresse dans sa cavité. Je m'occupe alors de l'isolement des parties latérales et postérieure du rectum. L'aide tirant sur le lambeau vaginal droit avec des pinces de Kocher, mon doigt abaisse le rectum et ainsi se trouve tendue de haut en bas la cloison recto-vaginale qui tapisse le releveur. J'incise cette cloison dans sa partie antérieure jusqu'à ce que je voie les fibres du releveur. Agrandissant la boutonnière, mon doigt pénètre entre le muscle et l'aponévrose, les décollant l'un de l'autre et allant jusque derrière le rectum dans la concavité sacrée. On sectionne l'aponévrose aux ciseaux et vers la partie supérieure on rencontre l'hémorroïdale qu'on lie. La même manœuvre est répétée à gauche et bientôt le rectum est complètement isolé au niveau de la tumeur. Une compresse dépliée est passée en cravate au-dessous du néoplasme et serrée : elle sert de tracteur pour amener le rectum en bas au fur et à mesure de sa libération. Cette dernière est achevée par la section latérale du cul-de-sac péritonéal et la libération de la face postérieure jusqu'au promontoire. Ce faisant, ma main racle la concavité sacrée de façon à enlever toute la graisse et détruit l'attache sacrée du méso-colon : le rectum vient alors d'un seul coup. Ce décollement s'accompagne d'un peu de sang : une compresse est mise comme tampon et on achève l'isolement du rectum par la section de sa tunique musculaire au-dessus de l'appareil sphinctérien. Pour ce faire, l'index gauche est introduit dans l'anus avivé et par le vagin, sur lui, on coupe la tunique musculaire du rectum au-dessous du point où s'arrête le décollement muqueux du début. On peut alors attirer le rectum par l'anus et procéder à la section et à l'abouchement. Au niveau de cet anus à 4 cm. environ au-dessus du néoplasme, on fait une section circulaire des tuniques externes de façon à faire l'hémostase des vaisseaux saignants ; quatre points de catgut les fixent dans la région sphinctérienne puis la muqueuse est sectionnée et cousue au catgut à la peau de l'anus. Le vagin est réparé et un point ferme le périnée au niveau de la brèche vulvaire. Un drain et une mèche sont placés dans la concavité sacrée et sortent par la plaie fessière latérale.

La résection et toutes les manœuvres ont été faites sans qu'il y ait eu la moindre souillure.

Les jours suivants, l'état général, bien qu'étant un peu faible se maintint très bien et très rapidement il ne nous inspirait aucune inquiétude.

Localement, il y eut une suppuration minime qui disparut en trois semaines et un mois après son opération, la malade retournait chez elle guérie conservant toutefois une légère incontinence.

A la date du 20 décembre 1911 le docteur Dauchelle écrit ceci :

« Notre malade est décédée, il y a un mois environ, d'un cancer
« du foie ! Elle m'a fait demander une fois dans le mois d'octo-

« bre, sa cicatrice rectale était parfaite, non indurée, non douloureuse et elle ne présentait aucune incontinence. »

L'examen de la pièce que nous devons à l'obligeance du docteur Herrenschmidt, chef de laboratoire à l'hôpital Necker, se résume ainsi :

Examen macroscopique : Cancer du rectum circulaire ; gros bourrelet limitant une portion centrale qui semble exulcérée. Dans le tissu graisseux pelvien un seul petit ganglion et quelques traînées de tissu fibreux.

Examen microscopique : Epithélioma cylindrique métatypique. Le ganglion dont il est fait mention est nettement envahi.

CONCLUSIONS

I. — La voie transvaginale utilisée pour l'extirpation du cancer rectal a pour but la création d'un vaste accès sur l'organe malade permettant l'exérèse large de la tumeur et la conservation de l'appareil sphinctérien.

II. — La technique que nous exposons permet de faire une intervention d'une asepsie absolue en rejetant la section de l'intestin, temps septique, à la fin de l'opération, ce qui assure le champ opératoire contre toute souillure venue de cet organe.

III. — Les résultats, tels que nous les donne l'analyse des observations, peuvent être formulés de la façon suivante :

1° Grande bénignité opératoire pour les résultats immédiats ;

2° Continence parfaite comme résultats consécutifs ;

3° Résultats éloignés ne le cédant en rien à ceux des autres méthodes.

IV. — Cette voie sera indiquée surtout dans les cancers ampullaires, les cancers du rectum supérieur et recto-sigmoïdes ; le cancer anal est justiciable de la voie périnéale.

Il y a deux contre-indications :

1° *Le rétrécissement bi-ischiatique dans les bassins rachitiques ;*

2° *L'existence de lésions génitales inflammatoires.*

Vu : le Président de thèse,

PIERRE DELBET

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Bristow. — A case of excision of the rectum by the vaginal route, *Medical News*, 1896.
- Byford (H.). — Extirpation of the rectum per vaginam with utilization of the vagina to replace the lost rectal tissu, *Annals of Sur.*, nov. 1896.
- Chalier. — Traitement chirurgical du cancer du rectum. Thèse de Lyon, 1909.
- Cunéo. — Ablation du cancer du rectum, *Journal de Chirurgie*, 1908, I, p. 433, 442.
- Depage. — De la résection du rectum par la voie vaginale, *Ann. de la Soc. belge de Chir.*, 1895, p. 407
- Heydenreich. — De la voie vaginale dans la résection du rectum, *Sem. méd.*, sept. 1897, et *Congr. franç. de Chir.*, 22 oct., 1897.
- Kraske (P.). — Die Erhaltung des Schlussmuskels bei der Extirpation des Mastdarmkrebsses und seine spätere Function, *Deutsche médiz. Wochenschrift*, 13 juillet 1905.
- Liermann (W.). — Vaginale Mastdarmoperationen, *Beitr. zur klin. Chir.*, 1899, t. 25, p. 89-110.
- Zur Vaginalen Methode bei Mastdarmoperationen, *Centralblatt für Chir.*, 1898, n° 13, p. 359.
- Ueber die Vaginale Methode bei Mastdarmoperationen, *Beitr. zur klin. Woch.*, 1897, n° 30 et 31.
- Murphy (J.-B.). — Résection du rectum par le vagin, *Philad. méd. Journ.*, 1901, I, p. 383.
- Du Pan (Martin). — Contribution à l'étude du cancer du rectum, *Rev. Chir.*, 1906, p. 35.
- Pollosson (M.). — De l'anus iliaque préliminaire dans le traitement opératoire du cancer du rectum, *XI^e Congrès franç. de Chir.*, 22 oct. 1897.
- Rapp (E.). — De la voie vaginale dans la résection du rectum, Thèse de Nancy, avril 1898.
- Rehn (L.). — Resectio recti vaginalis, *Centralblatt für Chir.*, mars 1895.
- Sternberg (J.). — Ueber den Rectovaginalschnitt bei Mastdarmoperationen, *Centralblatt für Chir.*, mars 1897.
- Thouvenin (A.). — De la voie vagino-périnéale dans la résection du rectum. Thèse de Nancy, février 1896.
-

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	9
CHAPITRE II. — Résultats et avantages.....	16
CHAPITRE III. — Manuel opératoire.....	21
I. <i>Préparation de la malade</i>	21
II. <i>Opération</i>	27
III. <i>Soins consécutifs</i>	31
IV. <i>Complications</i>	33
CHAPITRE IV. — Indications et contre-indications....	35
CHAPITRE V. — Observations.....	37
CONCLUSIONS.....	49
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	51